



UNIVERSITÉ DE GENÈVE - FACULTÉ DE MÉDECINE
Clinique Médicale du Professeur Maurice ROCH.

Contribution à l'étude
DE LA
Bronchite capillaire
chez l'Adulte

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR
LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR
ADOLPHE PERROT

GENÈVE
IMPRIMERIE HENRI STUDER, 3, ROND-POINT DE PLAINPALAIS

1925

Thèse N° 1182

Contribution à l'étude
DE LA
Bronchite capillaire
chez l'Adulte

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE
POUR OBTENIR
LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
PAR
ADOLPHE PERROT

GENÈVE
IMPRIMERIE HENRI STUDER, 3, ROND-POINT DE PLAINPALAIS

1925

*La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de
Monsieur le Professeur Maurice ROCH, autorise l'im-
pression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre
d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Genève, le 24 Novembre 1925.

Le Doyen :

Prof. Dr H. CRISTIANI.

Nous tenons à exprimer notre respectueuse reconnaissance à M. le Professeur ROCH pour la bienveillance qu'il nous a témoignée au cours de notre travail.

Nous remercions aussi cordialement M. le Docteur E. FROMMEL pour ses conseils et son aide précieux.

Introduction

La très grande rareté des publications concernant la bronchite capillaire chez l'adulte nous a encouragé à reprendre l'étude de ce problème et d'en éclairer la symptomatologie et l'étiologie, en apportant l'observation clinique d'un cas observé à la Clinique médicale du Professeur Roch. Nos recherches bibliographiques et nos connaissances cliniques nous ont montré que la bronchite capillaire est d'une fréquence relative chez l'enfant d'une part, et que chez le vieillard elle peut survenir comme complication d'une bronchite chronique banale. De plus, plusieurs auteurs ont rapporté des cas de bronchite suffocante chez l'adulte, qui ont amené la mort du malade en l'espace d'une journée. Les formes trainantes avec évolution de quelques semaines sont exceptionnelles. Hubschmann, dans une étude anatomo-pathologique cite deux observations presque identiques à la nôtre.

Certains ont voulu distinguer dans l'étiologie de la bronchite capillaire deux formes différentes, la bronchite capillaire primitive autonome d'une part, et la bronchite capillaire secondaire apparaissant à la suite de la rougeole ou d'une affection trachéo-bronchique. Nous ne saurions discuter une pareille distinction dans notre cas.

L'atteinte des bronchioles est une banalité à la salle d'autopsie, mais ne se traduit que très rarement par un tableau clinique pur, et c'est cette raison qui nous incite à en reprendre la symptomatologie et l'évolution clinique.

Symptomatologie et formes cliniques de la bronchite capillaire

Nous avons vu dans notre introduction que la bronchite capillaire atteignait de préférence les enfants, spécialement comme complication d'une rougeole et qu'elle n'était pas rare chez le vieillard atteint de bronchite chronique. La symptomatologie générale est un peu différente selon qu'elle affecte l'enfant ou le vieillard, elle prête cependant à une description commune.

Le début de l'affection peut être brutal et se marque surtout par une dyspnée progressive intense. Le malade s'assied sur son lit le corps penché en avant, la tête renversée en arrière, et se cramponne aux objets environnants pour donner un point d'appui aux muscles respiratoires. Les ailes du nez commencent à battre, les fosses sus-claviculaires et les espaces intercostaux se dépriment profondément à chaque inspiration, les extrémités se refroidissent, les yeux se cernent et le malade est en proie à une vive angoisse.

Petit à petit le malade se cyanose, ses lèvres deviennent bleues ; cette cyanose se manifeste spécialement par le bleuissement des ongles.

Ce qui frappe donc dans ce tableau sont les deux symptômes capitaux de la dyspnée et de la cyanose. La température s'élève, elle atteint souvent 40° pour rechuter parfois à la période préagonique.

L'examen successif des différents systèmes reste pour ainsi dire muet, l'auscultation du cœur fait entendre des bruits assourdis, mais réguliers, le pouls est petit, dépressible et oscille en 100 et 140.

Le status pulmonaire ne montre à la percussion et à la palpation aucun signe en rapport avec l'intensité de la dyspnée ; la percussion dénote de ci de là une petite matité ; les vibrations ne peuvent être perçues, le malade étant trop dyspnéique pour articuler un son. A l'auscultation le murmure vésiculaire est diminué des deux côtés et l'on entend parfois quelques râles de bronchite mélangés à des bouffées de râles fins. La toux est fréquente, déchirante et saccadée. L'expectoration est très variable, parfois très abondante au début, mucopurulente, même franchement purulente ; elle peut disparaître complètement à la période ultime.

L'évolution se fait d'une façon très variable, allant de quelques jours à une semaine ; les cas qui dépassent trois semaines ont été décrits, mais sont d'une grande rareté.

La terminaison de la bronchite capillaire est presque toujours fatale ; elle survient dans le tableau clinique d'une dyspnée atteignant 60 à 80 respirations à la minute, d'une agitation extrême chez l'enfant, d'un abattement précoce chez le vieillard et au milieu des phénomènes asphyxiques.

Ce sont donc au premier chef la dyspnée et l'asphyxie qui priment dans la symptomatologie de la bronchite capillaire ; les signes physiques, s'ils existent, sont d'une intensité qui n'est pas en rapport avec la gravité de l'affection.

Nous venons de voir quel est le tableau de la bronchite capillaire. Il nous reste maintenant à fixer quelles sont les formes cliniques par lesquelles elle a l'habitude de se manifester. Nous distinguerons donc une forme infantile, une forme sénile, toutes deux relativement fréquentes et sur lesquelles nous ne nous attarderons pas, et deux formes cliniques exceptionnelles, le catarrhe suffocant suraigu, d'une part, et la bronchite capillaire aiguë chez l'adulte jeune. Certains auteurs (Hutinel et Paisseau) ont voulu

faire de ces deux dernières classes une seule forme clinique ; nous pensons néanmoins pouvoir maintenir cette distinction et ceci en nous basant sur notre observation clinique.

FORMES CLINIQUES

La bronchite capillaire chez l'enfant

La bronchite capillaire chez l'enfant frappe spécialement le nourrisson. Elle peut être primitive et éclater brusquement sans phénomènes prodromiques, ou secondaire à la suite d'une diphthérie croupale, ou d'une bronchite. On la rencontre surtout au cours de la rougeole et, phénomène particulièrement intéressant, elle se manifeste à la période de l'exanthème, traduisant ainsi l'atteinte de la muqueuse bronchique au cours de cette affection. Bien plus, certains auteurs ont décrit des cas où la bronchite capillaire se déclarait chez les nourrissons dont les manifestations cutanées étaient médiocres et qui réagissaient au virus pathogène plus violemment au niveau de la muqueuse bronchique qu'au niveau de la peau, comme c'est le cas en général.

L'évolution fatale de la bronchite capillaire chez le nourrisson qui est de deux à cinq jours, peut trouver une explication satisfaisante dans le fait que l'enfant à cet âge ne sait pas expectorer. D'ailleurs, la gravité de la bronchopneumonie réside dans cette même particularité, soit l'encombrement bronchique.

La mort peut survenir au milieu de phénomènes convulsifs dont la pathogénie doit être recherchée dans le manque d'oxygénation du sang.

Bronchite capillaire du vieillard

Chez le vieillard la bronchite capillaire est le plus souvent une complication d'une bronchite chronique. Son tableau clinique diffère de celui de l'enfant, dans ce sens qu'elle évolue avec moins de manifestations bruyantes. Le malade accuse une dyspnée croissante, son expectoration diminue, il se cyanose et tombe soit dans le délire, soit dans le marasme, ce qui d'ailleurs caractérise aussi la bronchopneumonie sénile. L'évolution est plus lente, elle peut durer trois semaines et certains auteurs ont rapporté l'histoire de vieillards qui survécurent à leur bronchite capillaire, ce qui d'ailleurs est une exception. Ici encore, nous retrouvons la même cause aggravante que chez l'enfant, à savoir l'absence d'expectoration, mais la pathogénie de cette déficience est tout autre chez le vieillard. Alors que l'enfant ne sait pas expectorer, le vieillard n'a plus la force d'expectorer suffisamment.

Ce sont donc deux causes aggravantes dont le mécanisme est bien différent, mais qui aboutissent toutes deux au même résultat, à savoir la gravité exceptionnelle de l'atteinte des bronchioles.

Bronchite capillaire chez l'adulte

Nous distinguons chez l'adulte une forme suraiguë ou catarrhe suffocant, et une forme dont l'évolution est plus lente.

Le catarrhe suffocant suraigu.

Le catarrhe suffocant est une forme rare de la bronchite

capillaire. Elle se différencie des autres formes énumérées par le double fait suivant : elle frappe les individus en pleine santé et semble donc une affection primaire, tout au moins au point de vue clinique. D'autre part son évolution est suraiguë de un à deux jours. Son début est marqué par une dyspnée intense, une sensation d'angoisse et d'asphyxie. La cyanose est très rapide et peut atteindre en quelques heures son point culminant. Cette rapidité dans l'évolution se traduit par la nature des crachats qui sont composés d'un mucus liquide où l'on ne retrouve pas de pus. Le catarrhe suffocant peut se terminer soit par la mort, soit peut évoluer vers la guérison. C'est ainsi que West, Anderson, Jones, Butters ont décrit une dizaine de cas de catarrhes suffocants dont la majorité ont eu une terminaison mortelle après une évolution totale de la maladie de 10 à 24 heures. Deux d'entre eux se sont guéris en expectorant abondamment, et quelques heures après, on ne trouvait plus aucune trace de bronchiolite.

Bronchite capillaire aiguë chez l'adulte jeune.

Cette forme clinique, d'après nos recherches bibliographiques, semble celle dont la rareté est la plus grande. Les deux cas cités par Hubschmann, sont semblables aux nôtres. Ils atteignirent respectivement une femme de 32 ans, et une autre de 26 ans. Notre malade était âgé de 25 ans.

Le début, contrairement à celui du catarrhe suffocant, se manifeste par une dyspnée discrète qui dans la suite augmente d'une façon régulière et constante. Cette période prodromique peut être accompagnée de céphalées et de malaises généraux. C'est dans cet état que les malades entrent à l'hôpital pour y mourir, respectivement l'un en quatre jours, l'autre en six jours, le nôtre en trois semaines. Cette évolution plus lente a fait poser dans les trois cas

cités le diagnostic probable de granulie. Ce diagnostic est appuyé en effet sur l'adynamie du malade, la cyanose progressive, et le peu d'intensité des signes auscultatoires, qui se limitent à quelques râles fins disséminés sur la hauteur des deux poumons. La température chez notre malade oscillait entre 37° et 39° sans présenter de courbe caractéristique. Les crachats, au début muqueux, deviennent dans la suite muco-purulents, puis franchement purulents. La recherche des bacilles de Koch y est constamment négative, ce qui d'ailleurs n'est pas contraire à ce que l'on rencontre dans la granulie. A la période d'état, la maladie est donc caractérisée par une prostration, un état cyano-tique de toutes les muqueuses et de la peau, une dyspnée progressive que n'expliquent pas les signes auscultatoires.

Observation N° 1 (rapportée par Hubschmann). — Femme de 33 ans. Entre à l'hôpital pour bronchite. Scarlatine, diphtérie et coqueluche dans l'enfance. Depuis quatre semaines elle a un « refroidissement » avec de la toux et des céphalées. L'expectoration est abondante et muqueuse. A l'entrée la malade est très dyspnéique et se plaint de fortes céphalées. A l'auscultation, on entend une pluie de râles fins disséminés et on note à la percussion une sub-matité aux deux bases.

L'expectoration devient rapidement muco-purulente, puis purulente. La dyspnée croît et la malade succombe après quatre jours de séjour à la Clinique.

Diagnostic clinique : Bronchopneumonie, bronchite capillaire, granulie.

Diagnostic anatomique : Bronchite catarrhale, bronchio-lite purulente, oblitérante par places. Bronchopneumonie. Dans le pus des bronchioles, bacilles gram +, quelques bacilles gram —. Diplocoques gram —. Dans les frottis bacilles de Pfeiffer, culture de ces derniers positive.

Observation 2 (rapportée par Hubschmann). — Femme de 26 ans qui n'a pas présenté de maladie infantile et qui a souffert des yeux à 18 ans. Cinq mois avant la mort, elle accouche d'un enfant. Depuis lors anorexie, amaigrissement, atteinte de l'état général. Depuis deux mois, à l'occasion d'efforts, elle est prise de palpitations de cœur et de souffle court. Il n'y a ni toux, ni expectoration. A l'entrée on constate une forte dyspnée et une respiration accélérée. Les signes physiques se limitent à quelques frottements et à de petits foyers de râles fins. Le pouls est accéléré, la face est fortement cyanosée. La température est de 37° à 38°. Les jours suivants la dyspnée et la cyanose augmentent et la mort survient au sixième jour.

Diagnostic clinique : Tuberculose miliaire pulmonaire.

Diagnostic anatomique : Bronchite catarrhale, bronchectasie par places, bronchiolite oblitérante, quelques foyers de bronchopneumonie.

L'examen bactériologique du pus des bronches n'a malheureusement pas été fait.

Observation personnelle.

Notre malade est âgé de 25 ans, il exerce le métier de manœuvre. Comme enfant, il a toujours été bien portant jusqu'en 1921, où il a fait un court séjour en dermatologie pour phthyriase et bronchite. Le médecin traitant constata à cette époque une respiration rude au sommet droit. La température revint rapidement à la normale. Durant ces quatre dernières années, le malade a travaillé régulièrement, et ce n'est que depuis huit jours qu'il a été traité à domicile pour une toux persistante, accompagnée de quelques frissons, de la température et d'une expectoration abondante. Il n'a jamais eu d'hémoptisie. Le 9 octobre

1925 on l'envoie à la Clinique médicale du Prof. Roch avec le diagnostic de bronchite aiguë.

A l'entrée, on se trouve en présence d'un homme en état de nutrition moyen, avec un état général assez bon.

La température oscille entre 38° et 38°8, le pouls est à 90°.

L'examen du système respiratoire montre un thorax symétrique bien mobile, du type emphysémateux. A la percussion, la base droite est submate, la palpation révèle une exagération des vibrations vocales à ce niveau. A l'auscultation des sibilances et des ronchi sont disséminés partout et quelques foyers de râles fins s'entendent, sans souffle tubaire.

Le malade tousse et crache passablement ; l'expectoration est purulente ; la recherche des bacilles de Koch est négative.

Dès ce moment on est surpris par la cyanose que présente le malade, et par la dyspnée que n'explique pas son status pulmonaire.

Les autres systèmes ne retiennent guère l'attention ; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace, régulièrement ; on ne constate pas de souffle. La pression au Boulitté est un peu basse ($7\frac{1}{2}$ -11). L'appétit est médiocre, la langue chargée ; l'abdomen est souple et indolore ; le foie ne dépasse pas le rebord costal ; la rate est perceptible dans les limites normales. Les urines sont claires, ne renfermant ni albumine, ni sucre, ni sang.

Le 13 octobre, la température tombe à la normale, et l'amélioration est frappante. Le foyer de la base droite est moins net, cependant le malade reste cyanosé.

Le 14 octobre, brusque réascension de la température, accompagnée de quelques frissons. L'auscultation est peu modifiée, quelques râles aux bases, des sibilances surtout

au sommet, mais pas de foyer de bronchopneumonie pouvant expliquer une température de 39°4.

Ce jour-là, on fait une radioscopie et l'on constate que les hiles sont peu chargés, que le diaphragme est bien mobile et qu'il n'y a ni ombre parenchymateuse, ni traces d'épanchement pleural.

L'examen du sang donne 5.187.000 globules rouges, et 31.620 blancs ; la formule leucocytaire est celle d'une polynucléose nette, 87 % poly. et 13 % lympho.

Dès ce moment, l'état du malade empire de jour en jour, faisant abandonner le simple diagnostic de bronchite aiguë avec petits foyers de congestion droite. La dyspnée devient extrême, de même que la cyanose qui est très marquée aux lèvres, autour des yeux et aux extrémités, spécialement aux ongles. Le malade est assis dans son lit, ne peut dire que quelques mots, entrecoupés d'efforts inspiratoires. Un fort tirage déprime les fosses sus-claviculaires et les espaces intercostaux, surtout à gauche. On pose à ce moment le diagnostic de probabilité de granulie à forme suffocante, tout en pensant aux deux éventualités exceptionnelles de bronchite capillaire et de lymphangite pulmonaire carcinomateuse. L'état du malade est trop précaire pour que l'on puisse entreprendre un transit baryté de l'estomac afin de rechercher un carcinome occulte. Cependant ce diagnostic est rendu peu probable, vu l'absence de tout antécédent digestif et la recherche négative du sang dans les selles.

Une radiographie à la date du 19 octobre montre alors une dissémination dans le parenchyme des deux poumons, de petites ombres de forme irrégulière, dont quelques-unes sont allongées. Le Dr Gilbert, qui a interprété cette radio, pense à une granulie, sans cependant pouvoir l'affirmer.

La recherche des bacilles de Koch dans l'expectoration

abondante est toujours négative, on ne trouve que quelques pneumocoques.

La leucocytose sanguine est nette (24.180).

A l'auscultation, aucun caractère nouveau, des bouffées de râles inspiratoires fins aux bases, des sibilances disséminées. En avant, l'expiration est nettement prolongée. La dyspnée atteint un degré extrême que les opiacés ne parviennent pas à combattre. C'est dans cet état que le malade succombe le 26 octobre, après avoir présenté quelques signes méningés.

Diagnostic clinique : Granulie probable.

Status anatomique : (Autopsie faite à l'Institut pathologique du Prof. Askanazy.)

A l'ouverture du thorax on constate à gauche une plèvre présentant des adhérences et des épaissements, surtout aux bases, un parenchyme pulmonaire gris-rosé. A la coupe le tissu résiste, car il est plein d'air. Les petites bronches laissent sourdre du pus et sont dilatées ; les grosses bronches ont une muqueuse très hyperémiée, rouge foncée et sont remplies d'un exsudat muqueux hémorragique. Les artères sont vides, ganglions anthracosés et calcifiés aux hiles. A droite, la plèvre est très adhérente et épaissie. Même status pulmonaire qu'à gauche, avec en plus un minuscule foyer de bronchopneumonie (de la grosseur d'un haricot) ; les artères et les bronches comme à gauche. La muqueuse trachéale est rouge framboise et rappelle les constatations faites lors de l'épidémie de grippe en 1918. Le cœur pèse 380 grammes, son péricarde est lisse, contenant un peu de liquide transparent. La tricuspide est perméable pour trois doigts ; le Botal est fermé. Ventricule droit plein de caillots cruoriques et couenneux, présentant l'aspect tigré. La paroi est épaissie (5^{mm}) ; la cavité ven-

triculaire augmentée. Le ventricule gauche contient les mêmes caillots qu'à droite, sa paroi a 12^{mm}, la mitrale est perméable pour deux doigts. L'oreillette gauche ne présente rien de spécial, toutes les valvules sont lisses. Aorte, coronaires, rien de particulier. Myocarde rose.

Foie de couleur rouge foncé, à consistance augmentée. A la coupe le centre des lobules est rouge foncé (foie muscade).

Rate pesant 140 gr., violet foncé, à consistance un peu augmentée. A la coupe la pulpe fait légèrement saillie, les follicules ne sont pas visibles.

Cerveau présentant partout un piqueté hémorragique très marqué, surtout dans la substance blanche.

Les autres organes n'ont rien de particulier. Il y a pour tant un léger catarrhe de l'intestin grêle.

L'examen sur lames d'une parcelle du pus des bronchiolles donne, à part les éléments cellulaires, du bacille de Pfeiffer. Une culture confirme d'ailleurs la présence de ce bacille.

Diagnostic anatomique : Emphysème pulmonaire, bronchite capillaire, légère bronchopneumonie, début de dégénérescence graisseuse du cœur, hypertrophie du cœur droit, ecchymoses méningées, entérite catarrhale.

Etiologie de la bronchite capillaire

On a cité de multiples facteurs étiologiques qui se ramènent tous à ceux de la bronchopneumonie, c'est-à-dire une richesse très grande de la flore banale telle que le pneumocoque, le streptocoque et le colibacille. D'ailleurs, la bronchite capillaire étant une complication de la rou-

geole et de la coqueluche chez l'enfant, de la bronchite chronique chez le vieillard, prouve par là même la richesse des causes pathogènes. Nous voudrions insister spécialement sur la coexistence de la bronchite capillaire chez l'adulte, avec celle du bacille de Pfeiffer dans le pus des bronches. En effet, le professeur Askanazy a cité cette prédilection du bacille de Pfeiffer pour les terminaisons de l'arbre bronchique. Hubschmann, dans son travail sur le rôle de l'influenza dans la production de la bronchite oblitérante, insiste également sur la fréquence de l'infection grippale dans cette affection. Notre observation personnelle confirme en tous points ces idées. D'ailleurs, la coexistence du catarrhe aigu des voies respiratoires des hémorrhagies cérébrales et la présence du bacille de Pfeiffer dans le pus des bronches prouve bien la nature grippale de la bronchite capillaire.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la bronchite capillaire chez l'adulte est des plus délicats. En effet, la pauvreté des signes physiques qui contrastent avec la dyspnée, la cyanose intense et la gravité de l'atteinte générale, peuvent en imposer soit pour la granulie, soit encore pour cette modalité rare qu'est la lymphangite pulmonaire carcinomateuse de Bard.

En effet, la granulie peut simuler en tous points le tableau clinique de la bronchite capillaire. Son début, son évolution, sa terminaison, sont semblables. L'absence de bacilles de Koch constatée si fréquemment au cours de l'atteinte parenchymateuse tuberculeuse ne donne aucun renseignement utile au diagnostic différentiel. Bien plus,

l'examen radiographique peut induire en erreur le radiologue par la similitude des images obtenues. Il est vrai que la comparaison rétrospective des clichés des deux affections montre une légère différence de forme dans les ombres disséminées sur les plages pulmonaires. La granulie est caractérisée par un aspect plus ponctué de l'image, alors que dans la bronchite capillaire les opacités peuvent être plus allongées et de forme irrégulière selon l'incidence du rayon lumineux. Nous reproduisons ci-contre la radiographie de notre malade qui illustre ce que nous venons d'énoncer.

La lymphangite carcinomateuse peut aussi induire en erreur le clinicien par la similitude de ces signes pulmonaires et généraux.

En effet, Bard a montré qu'il en existe une forme foudroyante qui simule en tous points le tableau du catarrhe suffocant, et une autre moins rapide pseudo-granulique. La recherche du carcinome primitif par le transit baryté peut être rendue difficile, soit par la gravité de l'état, soit par la rapidité de l'évolution de la bronchiolite.

En terminant, nous voudrions insister sur la grande rareté de la bronchite capillaire chez l'adulte, que nous ne retrouvons qu'exceptionnellement dans la littérature. Elle frappe les individus qui jouissent d'une bonne santé en général. Son évolution est moins rapide que celle de l'enfant, variant de quelques jours à trois semaines, et se terminant presque toujours par la mort.

Le deuxième point qui nous a frappé est la présence du bacille de Pfeiffer dans le pus des bronchioles, ce qui nous a incité à rapprocher, au point de vue étiologique, cette bronchiolite de l'influenza.

Notre cas personnel nous donne une confirmation de

plus de cette étiologie par la constatation, lors de l'autopsie, du catarrhe aigu des voies respiratoires supérieures, d'une part, des hémorrhagies cérébrales de l'autre, stigmate pathognomonique de l'épidémie grippale de 1896. Nous voudrions également insister sur la difficulté du diagnostic dont témoignent les deux observations d'Hubschmann et la nôtre, qui furent toutes trois étiquetées **granulies**.

Le diagnostic différentiel pourrait bénéficier à l'avenir des renseignements radiographiques que fournit l'étude de notre cas, à savoir que les ombres visibles sur la plaque sont plus allongées que celles constatées dans la granulie.



